

CONFERENCE

RELEVANCIA DEL RAZONAMIENTO CLINICO DURANTE LA REHABILITACIÓN VOCAL

Relevance of Clinical Reasoning During the Voice Rehabilitation

Ana Ilse Arraga Moreno¹

INTRODUCCIÓN: La rehabilitación ^{(1), (2)} vocal debe ser un ejercicio de razonamiento clínico neuro-anatomo-fisiológico individualizado, pues la voz es el resultado de la acción coordinada y altamente especializada de múltiples sistemas: nervioso central y periférico, auditivo, resonancial, endocrinológico, respiratorio, digestivo y estructuras macro y microanatómicas de laringe. Todos ellos marcados filogenéticamente y ontogenéticamente, para ostentar determinantes, basados en la edad, sexo y contextura. La rehabilitación vocal, debe estar ligada a las características comunicacionales de cada sujeto: psicodinamia ^{(1), (2)} personal, uso cotidiano y profesional de la voz, conductas abusivas que conllevan a tractopatías.

MÉTODOS: Una rehabilitación vocal idónea impone conocer el origen ^{(4), (5), (6)} e inserción de los músculos extrínsecos e intrínsecos de la laringe, de los músculos del cuello, tórax y abdominales. Obliga a realizar una valoración videográfica con endoscopio flexible de chip en la punta y endoscopio rígido de alta magnificación, asociado a luz blanca y estroboscópica. Se debe contar con micrófono para la captura de la voz. El Fonoaudiólogo y el Otorrinolaringólogo ejecutan maniobras evaluativas básicas conjuntas tales como, suscitar la producción vocal en frecuencia fundamental, en frecuencia grave (acción motora predominante del tiroaritenoides), en frecuencia aguda (acción motora predominante del cricotiroideo), en intensidad variable (mayor y menor acción del cricoaritenoides lateral), en respiración nasal y oral forzada, en glisandos, en canto, voz proposicional profesional o lectura. La evaluación clínica Fonoaudiológica ^{(3), (7), (8)} ideal está conformada por una cuidadosa anamnesis, análisis acústico, evaluación perceptivo-auditiva y apreciación de los diferentes sistemas y órganos involucrados en la producción vocal. Se recomienda videograbación de las actividades de evaluación vocal para tener registro pre tratamiento, durante el tratamiento, post tratamiento y de seguimiento. En los casos neurológicos es indispensable el diagnóstico electromiográfico de laringe.

RESULTADOS: La importancia de lo antes mencionado, marca un arduo camino de inmersión en los conocimientos, enfoca la terapéutica vocal en la identificación de patrones deletéreos y en la transformación de los mismos, en patrones optimizados fisiológicamente para redimir la patología funcional, orgánica u órgano funcional, en la medida de las posibilidades anatómico-funcionales de cada paciente. La rehabilitación vocal ^{(8), (9), (10)} supone que el Fonoaudiólogo realice ejercicios para estabilizar la sinergia entre los sistemas intervinientes. Debe

1. Terapeuta del Lenguaje del Instituto Venezolano de la Audición y del Lenguaje. Especialista: Fonoaudiología Clínica, Motricidad Orofacial con Enfoque en Disfagia en el Ámbito Hospitalario.

Vocal: Asociación Venezolana sobre Anomalías Craneofaciales.

Asesor Comité Editor: Revista CEFAC, Signos Fónicos.

Docente-Directora: Centro de Especialización y Atención Fonoaudiológica. Docente: Pre-Grado formación de Terapeutas del Lenguaje y Fonoaudiólogos. Docente: Post-Grado Otorrinolaringología.

Ex Presidente de la Asociación Venezolana de Terapeuta del Lenguaje- AVETEL. Ex-Directora de la Federación Iberoamericana de Fonoaudiología-FEDIF.

Premios: Excelencia Universitaria- UCV y Excelencia Científica International Myology Society.

Miembro Fundador y Honorario de la Comunidad de Motricidad Orofacial-CMOL

propender a estimular o desactivar la acción motora de un músculo o grupo muscular, para el logro del equilibrio fonatorio ⁽¹¹⁾, ⁽¹²⁾. Los pacientes requieren de valoraciones de control Fonoaudiológico-Otorrinolaringológico a las 8, 16 y como máximo 20 sesiones. La media de resolución de la condición patológica se encuentra entre las 10 y 12 sesiones. Si esto no ocurre hay que redimensionar la Fonoterapia y pensar en otras alternativas médicas-intervencionistas.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN: La actuación Médico-Fonoaudiológica e interdisciplinaria se basa en el diagnóstico preciso, lo cual visa el pronóstico de cada caso.

CONCLUSIONES: El Fonoaudiólogo debe preservar su formación académica y técnica, pues las iatrogenias terapéuticas son más comunes de lo que imaginamos, especialmente en tejidos tan nobles como lo son las estructuras glóticas y supraglóticas.

REFERENCIAS:

1. Behlau M, Pontes P. Avaliação e tratamento das disfonias. São Paulo. Ed: Lovise; 1995.
2. Behlau M. Voz- o livro do especialista. Volume I São Paulo. Ed. Revinter: Rio de Janeiro, 2001.
3. Ronson A. Clinical Voices Disorders. 3rd ed. New York: Thieme, 1990.
4. Le Huche F, Allali A. La voz . anatomía y fisiología de los órganos de la voz y del habla. 2nd ed. Barcelona: Masson, 1993.
5. Zelmin WR. Princípios de anatomia e fisiologia em fonoaudiologia. 4ª Ed. Porto Alegre: artes medicas, PP 530-66.
6. Putz R, Pabst R. Atlas de anatomía sobotta. 21. ed. Madrid: Panamericana, 2002.
7. Aronson A. Clinical Voice Disorders. New York: BC Decker, 1990.
8. Boone D. The voice and the voice therapy. 3rd ed. Englewood Cliffs: prentice Hall, 1983.
9. Weiss D. Introducction to Functional Voice Therapy. Baskel: Karger, 1971.
10. Titze I. Workshop on acustic voice analysis. Iowa National Center for Voice and Speech, 1995.
11. Hirano M. Histological Color Atlas of the Human Larynx. San Diego: singular, 1993.
12. Neira L. La educación de la voz. Eufonia hablada y cantada. Buenos Aires. Ed: Quorum, 2006.

Recibido: Marzo 25, 2016

Revisado: Marzo 29, 2016

Aprobado: Abril 11, 2016

Para comunicarse con el autor: anailsearragam2011@hotmail.com